



Recht und Anspruch bei der Prothesenversorgung

Ratgeber für Patientinnen,
Patienten und Fachhandel

Vorwort

Die Prothesenversorgung hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert. Der medizintechnische Fortschritt in der Prothesenentwicklung setzt höhere Standards – und steht im Spannungsfeld mit dem zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen. Die Folgen tragen die Patientinnen und Patienten. Menschen, die sich aufgrund ihrer Amputation ohnehin schon in einer Ausnahmesituation befinden, müssen oft hohe Hürden überwinden, bevor sie die Prothesenversorgung erhalten, die zu ihrem Leben passt und auf die sie angewiesen sind. Versorgungsprozesse ziehen sich unnötig in die Länge, weil Versorgungsanträge oft nicht auf Anhieb genehmigt werden. Zur Realität des Antragsbearbeitung gehört auch, dass Versicherungen unter Bezugnahme auf entstehende Kosten einen geringen Versorgungsstandard als ausreichend sehen, Zuständigkeiten ignoriert und Fristen nicht eingehalten werden. Für viele Betroffene ist dieses Prozedere undurchsichtig, schlimmstenfalls kann es Ratlosigkeit oder Resignation auslösen.

Mit unserem Ratgeber informieren wir Sie über Rechte und Ansprüche bei der Prothesenversorgung und beantworten die juristischen Fragen, mit denen Sie sich – als unmittelbar betroffene Person, Angehörige, Ärzte oder Mitarbeiter des orthopädiotechnischen Fachhandels – innerhalb des Versorgungsprozesses konfrontiert sehen. Ausführlich gehen wir auf das Antrags- und Widerspruchsverfahren sowie auf den Klageweg in der Sozialgerichtsbarkeit ein. Besonderen Wert legen wir dabei auf eine übersichtliche, allgemeinverständliche und praxisnahe Darstellung, um Ihnen bestmöglich behilflich sein zu können.



Oda Hagemeyer

Geschäftsführerin
eurocom e. V. – European
Manufacturers Federation
for Compression Therapy
and Orthopaedic Devices

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 Rechtliche Grundlagen	6
1.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen	6
1.2 Rechts- und Vertragsverhältnisse	8
1.3 Zuständige Gerichtsbarkeiten	9
2 Der individuelle Versorgungsanspruch des gesetzlich Versicherten	10
2.1 Unmittelbarer und mittelbarer Behinderungsausgleich	10
2.2 Wartungen und Reparaturen	12
2.3 Das Wirtschaftlichkeitsgebot	12
3 Gesetzliche Regelungen im Rahmen der Antragstellung	14
3.1 Die Einhaltung von Fristen und die „Genehmigungsfiktion“	14
3.2 Die Klärung der Zuständigkeiten	15
4 Der Medizinische Dienst der Krankenkassen	17
5 Das Antragsverfahren	19
5.1 Die Primärversorgung	19
5.2 Die Begründung	20
5.3 Möglichkeiten der Selbstbeschaffung	20
5.4 Zweit- oder Mehrfachversorgungen	21
6 Das Widerspruchsverfahren	23
7 Der Klageweg der Sozialgerichtsbarkeit	25
7.1 Das erstinstanzliche Klageverfahren	25
7.2 Der einstweilige Rechtsschutz	26
7.3 Das Berufungsverfahren	27
7.4 Das Bundessozialgericht	27
7.5 Die Kosten der Verfahren	28

8 Gewährleistung, Garantie, Nutzungsdauer, Mindestgebrauchszeiten	29
9 Die Produkthaftung	32
10 Häufig gestellte Fragen	34
Über eurocom e. V.	37
Mitglieder der Arbeitsgruppe Prothetik	38
Bildnachweis	39
Impressum	39

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Sämtliche personenbezogenen Bezeichnungen sind somit geschlechtsneutral zu verstehen.

1 Rechtliche Grundlagen

1.1 GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Das **Sozialrecht** ist in Deutschland im Wesentlichen in den 13 Büchern des Sozialgesetzbuches (SGB) geordnet. Im ersten Buch (SGB I) finden sich die für alle Bücher geltenden allgemeinen Regelungen, im vierten Buch (SGB IV) sind die gemeinsamen Verwaltungsvorschriften für die Sozialversicherung angesiedelt und das zehnte Buch (SGB X) enthält gemeinsame Vorschriften zum Verwaltungsverfahren im Sozialrecht.

Jeder Zweig des Sozialrechts ist in einem eigenen Buch geregelt, beispielsweise im **fünften Buch** (SGB V) die **Gesetzliche Krankenversicherung**, die für die Gesundheitsversorgung und Krankenbehandlung zuständig ist, im **siebten Buch** (SGB VII) die **gesetzliche Unfallversicherung**, die im wesentlichen über die Berufsgenossenschaften abgedeckt wird, und in den weiteren Büchern sind die Regelungen für die übrigen Kostenträger erfasst.

In 2001 trat das 9. Sozialgesetzbuch in Kraft, in welchem das bis dahin in unterschiedlichen Gesetzen geregelte, unübersichtliche Rehabilitations- und Behindertenrecht in einem Buch zusammengefasst und weiterentwickelt wurde, um die Rechte von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen zu stärken. Hierzu wurden einheitliche Regelungen für die Beratung und Unterstützung in allen Fragen des Teilhaberechts eingeführt, in den Kreis der Rehabilitationsträger die Jugend- und Sozialhilfe einbezogen, das persönliche Budget in Form einer Geldleistung eingeführt oder besondere Regelungen zur Frage der Zuständigkeit und der Weiterleitung von Anträgen getroffen.

Mit dem Ziel, die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung zu beseitigen und zu verhindern sowie die gleichberechtigte Teilhabe von behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen, ist im Mai 2002 das **Gesetz für die Gleichstellung behinderter Menschen (BGG)** in Kraft getreten. Besonderes Augenmerk wurde auf Regelungen für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung gelegt.

Seit dem 26. März 2009 bildet die **UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK)** die verbindliche Grundlage für das deutsche Behindertenrecht, nachdem die Bundesregierung an diesem Tag die Konvention durch die Unterzeichnung des Vertrages anerkannt hat.

Die UN-BRK stärkt die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen auf ein selbstbestimmtes Leben wie alle anderen auch. Sie sichert die Rechte der Menschen mit Behinderung durch individuell gefasste Vorschriften, die sich am sozialen Verständnis orientieren.

Nicht der Mensch und seine Konstitution sind das Problem, sondern eine Umwelt, die den Menschen mit Behinderung an der Ausübung seiner Rechte und der gleichberechtigten Teilhabe an dieser Gesellschaft hindert.

Dagegen richten sich die individuellen Rechtspositionen der UN-BRK, zu denen die bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte wie die Rechte auf Bildung, Arbeit und/oder Gesundheit gehören. Diese Ausrichtung wird in der deutschen Kostenträgerlandschaft immer noch verkannt, obwohl es sich um echte Menschenrechte handelt.

Der deutsche Staat hat sich durch die Ratifizierung verpflichtet, die Konvention einzuhalten und umzusetzen. Dies bedeutet, dass sich die staatlichen Organe wie Behörden, Gerichte und die Körperschaften des öffentlichen Rechts wie die Krankenkassen oder die Bundesagentur für Arbeit an die bestimmten Vorgaben der Konvention sofort halten müssen.

Inzwischen hat auch das Bundesverfassungsgericht, das höchste Gericht Deutschlands, in einer wegweisenden Entscheidung die Konvention zur Grundlage einer Entscheidung gemacht und damit den Gesetzescharakter der UN-BRK unterstrichen.

Mittlerweile finden sich verschiedene Entscheidungen des Bundessozialgerichts, die die UN-BRK in Verbindung mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) gerade auch bei Hilfsmittelversorgung einbezogen haben. Dem Aspekt der Teilhabe und Selbständigkeit kommt damit in der Hilfsmittelversorgung eine größere Bedeutung zu.

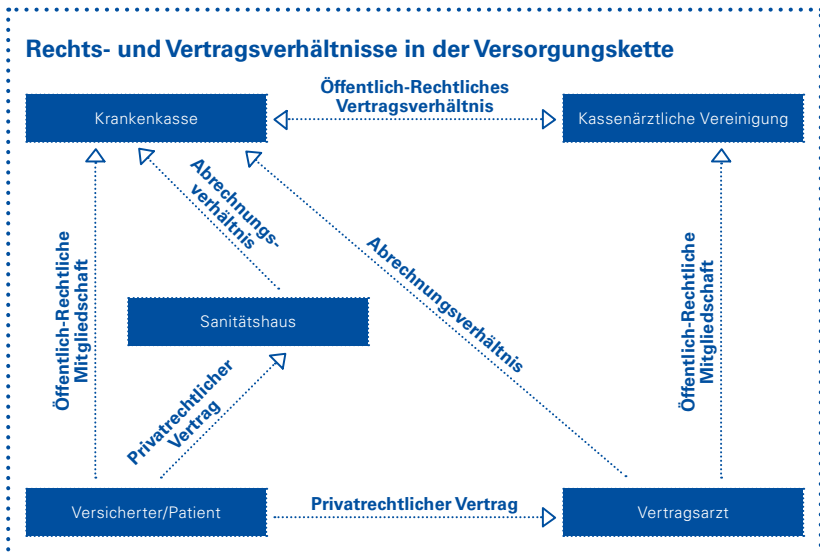
Die UN-BRK birgt ein enormes Innovationspotenzial für Menschen mit Behinderungen, indem sie die individuellen Menschenrechte stärkt und aus der Perspektive behinderter Menschen konkretisiert. Die konsequente Umsetzung in allen Bereichen wird in Deutschland und den anderen 155 Staaten (von 192 Staaten in der UN) zur Humanisierung der Gesellschaft im Ganzen beitragen.

1.2 RECHTS- UND VERTRAGSVERHÄLTNISSE

Die gesetzliche Krankenversicherung erfüllt in der Regel die Leistungsansprüche ihrer Versicherten nicht selbst. Die Ansprüche der Versicherten sind regelmäßig als Sachleistungen ausgestaltet. Um die Sachleistungsansprüche der Versicherten zu erfüllen, bedient sie sich der sogenannten Leistungserbringer. Bei den Leistungserbringern handelt es sich um Ärzte, Krankenhäuser, Therapeuten oder Sanitätshäuser. Typisch für solche Leistungserbringer ist, dass sie über eine entsprechende Zulassung, Präqualifizierung oder Versorgungsberechtigung im System der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Hinzu kommen zum Teil vertragliche Vereinbarungen (**öffentlich-rechtliche Verträge**), die z. B. im Hilfsmittelbereich zwischen den Hilfsmittelversorgern und den Krankenkassen abgeschlossen werden. Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt über die Vertragspartner der Krankenkassen.

Zwischen den Versicherten und den Krankenkassen bestehen rechtliche Beziehungen aufgrund der Mitgliedschaft. Die Mitgliedschaft kann aufgrund von Versicherungspflicht oder auf freiwilliger Basis erfolgen. Daneben gibt es noch andere Formen der Mitgliedschaft, wie z. B. die Familienversicherung. Aufgrund der Mitgliedschaft bestehen dann die Leistungsansprüche gegenüber der Krankenversicherung.

Letztendlich können Beziehungen zwischen dem Versicherten/Patienten und den Leistungserbringern bestehen, die regelmäßig als **privatrechtliche Verträge** ausgestaltet sind.



1.3 ZUSTÄNDIGE GERICHTSBARKEITEN

Bedeutung gewinnen die verschiedenen Vertragsverhältnisse bei Rechtsstreitigkeiten zwischen den einzelnen Parteien:

Für **privatrechtliche Streitverfahren** sind die Ordentlichen Gerichte, die **Zivilgerichte** zuständig. In der Regel orientiert sich in diesem Bereich die Zuständigkeit am Streitwert des Verfahrens.



Danach sind zuständig
bei einem Streitwert **bis** € 5.000,00 die Amtsgerichte
bei einem Streitwert **über** € 5.000,00 die Landgerichte

Bei Streitigkeiten von Versicherten mit ihrer Krankenversicherung sind als besonderer Zweig der Verwaltungsgerichtsbarkeit die **Sozialgerichte** anzurufen.

Die Verfahren sind für die Kläger/innen gerichtskostenfrei, die Kosten für Prozessbevollmächtigte werden nicht nach Streitwerten, sondern nach besonderen Rahmengebühren berechnet.

Für Streitigkeiten mit einer privaten Krankenkasse sind die Zivilgerichte und für Angelegenheiten der Beihilfe sind die Verwaltungsgerichte zuständig.

2 Der individuelle Versorgungsanspruch des gesetzlich Versicherten

Der Versorgungsanspruch des gesetzlich Versicherten wird in § 33 Abs. 1 SGB V geregelt. Danach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Dabei unterscheidet das Bundessozialgericht zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich. Bei Prothesenversorgungen handelt es sich um das im Einzelfall erforderliche Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich.

2.1 UNMITTELBARER UND MITTELBARER BEHINDERUNGSAusGLEICH

Zum **unmittelbaren Behinderungsausgleich** zählen nach der Rechtsprechung u.a. Prothesen, Exoskelette oder Hörgeräte. Beim unmittelbaren Behinderungsausgleich geht es um den möglichst weitgehenden Ausgleich des Funktionsdefizits. Es gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits.

Es soll ein **Gleichziehen mit den Möglichkeiten eines nicht behinderten Menschen** erreicht werden. Dabei ist der aktuelle Stand des medizinischen und technischen Fortschritts zu berücksichtigen. Es besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem neuwertigen aktuellen Modell, wenn dieses gegenüber der bisherigen Versorgung wesentliche Gebrauchsvorteile hat. Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs besteht ein Anspruch auf einen möglichst weitgehenden Behinderungsausgleich. Das Gleichziehen mit einem nicht behinderten Menschen ist zwar nur schwer möglich, jedoch muss dies in jedem Fall das Ziel einer Versorgung sein.

Dabei sind Badeprothesen als Zweitversorgung auch im Leistungsspektrum der Krankenkassen enthalten, weil mit der vorgesehenen Verwendung ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betroffen ist. Maßgeblich ist, dass eine Badeprothese dem unmittelbaren Behinderungsausgleich beinamputierter Versicherter dient und ihnen im Nassbereich zuhause und z.B. im Schwimmbad ein sicheres Gehen und Stehen ermöglicht.

Die Versorgung hat außerdem dem **Stand der Medizintechnik** zu entsprechen. Der Patient muss sich dabei nicht darauf verweisen lassen, der bisher verwendete Versorgungsstandard sei ausreichend. Dies gilt auch dann, wenn das bisher genutzte Hilfsmittel noch intakt ist. Kommt ein verbessertes Hilfsmittel auf den Markt und hat es für den Anwender wesentliche Gebrauchsvorteile, die sich auf seinen gesamten Alltag auswirken, so besteht ein Versorgungsanspruch auf das neue Hilfsmittel. Beispielhaft dafür ist das Urteil des Bundessozialgerichts vom 17.12.2009, Az. B 3 KR 20/08 R.



Stand der Technik ist, was die entsprechende Facharztgruppe oder das Sanitätshauswesen als solches ansieht. Einzelne Gegenmeinungen sind dabei unerheblich.

Ein nur **mittelbarer Behinderungsausgleich** findet durch Hilfsmittel statt, die die Auswirkungen und Folgen der Behinderung betreffen. Z. B. wird durch einen Rollstuhl die Fortbewegung ermöglicht, jedoch nicht die fehlende Funktion des Gehens unmittelbar ersetzt, wie es bei einer Prothese geschieht.

Gegenstand des mittelbaren Ausgleichs sind die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben bezogen auf die Grundbedürfnisse des Menschen.



Als **Grundbedürfnisse** hat das Bundessozialgericht (BSG) die folgenden Tätigkeiten definiert: Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, Ausscheiden, Nahrungsaufnahme, elementare Körperpflege, selbstständiges Wohnen, die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums.

Der Versicherte hat im Rahmen des mittelbaren Behinderungsausgleichs nur Anspruch auf einen sogenannten **Basisausgleich**. Er muss in die Lage versetzt werden, seine notwendigen Alltagsgeschäfte möglichst selbstständig allein regeln zu können. Zu den notwendigen Alltagsgeschäften gehören insbesondere die wichtigsten Versorgungswege zum Supermarkt, zur Apotheke, zum Arzt etc. Dazu zählt aber auch die Möglichkeit, Sozialkontakte zu pflegen und für einen Spaziergang vor die Haustür zu kommen.

Das Bundessozialgericht hat in den letzten Jahren seine Rechtsprechung zum Behinderungsausgleich wesentlich im Sinne der Versicherten geändert.

Hintergrund hierfür ist ein geänderter Behinderungsbegriff in § 2 SGB IX in Folge der UN-BRK in Verbindung mit dem BTHG. Die neuere Rechtsprechung des BSG zum Behinderungsausgleich (vgl. Urteile des BSG vom 18.04.2024, B 3 KR 13/22 R, B 3 KR 14/23 R und B 3 KR 7/23 R) stellt den Aspekt der Teilhabe aufgrund des durch das BTHG geänderten Behinderungsbegriff in den Vordergrund. Menschen mit Behinderungen soll ermöglicht werden, so weit wie möglich ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen. Daher bedeutet Basisausgleich nicht, dass eine Minimalversorgung im Bereich des mittelbaren Behinderungsausgleich ausreichend wäre.

2.2 WARTUNGEN UND REPARATUREN

Hilfsmittel sind technische Geräte, die der regelmäßigen Wartung, Überprüfung oder Reparatur zur Erhaltung ihrer Funktion bedürfen. Diese sind wesentlicher Teil des Hilfsmittelanpruchs, den der Versicherte gegenüber der Krankenkasse hat.

In § 33 Abs. 1 SGB V heißt es dazu: „Der Anspruch umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.“

Wie Versorgung selbst, wird auch dies über die Leistungserbringer sichergestellt.

2.3 DAS WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT

Die von den gesetzlichen Krankenkassen zu erbringenden Leistungen müssen dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Abs. 1 SGB V entsprechen. D. h., die Leistungen müssen **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich** sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Dies gilt auch für die Versorgung mit Hilfsmitteln. Bevor jedoch die Frage der Wirtschaftlichkeit einer Versorgung eine Rolle spielt, ist zuerst festzustellen, was die geeignete Versorgung ist, die ein Versicherter beanspruchen kann. Die Wirtschaftlichkeit eines dem unmittelbaren Behinderungsausgleich dienenden Hilfsmittels, wie es Prothesen sind, ist grundsätzlich zu unterstellen und erst zu prüfen, wenn zwei tatsächlich gleichwertige

und gleich geeignete, aber unterschiedlich teure Hilfsmittel zur Wahl stehen. Dann spielt eine Rolle, ob mit der teureren Versorgung wesentliche Gebrauchsvorteile gegenüber der günstigeren Versorgung bestehen. Wenn diese Gebrauchsvorteile bestehen, besteht auch Anspruch auf die teurere Versorgung.

Eine Ablehnung mit der Begründung, ein Hilfsmittel sei zu teuer, ist gesetzlich nicht ausreichend. Auch die teuerste Versorgung ist als solche per se nicht unwirtschaftlich. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip erlaubt keinen Vergleich von „Äpfeln mit Birnen.“ Nur funktionsgleiche und für die individuelle Versorgungssituation gleich geeignete Hilfsmittel können miteinander verglichen werden. Ein Hilfsmittel ist also nur dann unwirtschaftlich, wenn ein preisgünstigeres Hilfsmittel zum gleichen Behinderungsausgleich führt. Es ist in jedem Fall eine wirtschaftlichere Alternative aufzuzeigen, die dem individuellen Anspruch gerecht wird. Sollte es tatsächlich eine gleich geeignete, aber günstigere Prothesenversorgung geben, muss die Krankenkasse nur die günstigere Versorgung bewilligen. Dies gilt nicht nur für eine Prothese insgesamt, sondern ebenso für einzelne Passteile.

In diesen Fällen ist vom Kostenträger zu erläutern, exakt welche Funktion des Passteils im Detail keinen Gebrauchsvorteil bringt und deshalb die Versorgung ohne die in Frage stehende Funktion durch das betreffende Passteil ausreichend sei.

3 Gesetzliche Regelungen im Rahmen der Antragstellung

3.1 DIE EINHALTUNG VON FRISTEN UND DIE „GENEHMIGUNGSFIKTION“

Eine der wesentlichen Regelungen des im Februar 2013 eingeführten Patientenrechtegesetzes war die Festlegung von Fristen für die Entscheidungen von Krankenkassen über Anträge ihrer Versicherten. § 13 Abs. 3a SGB V legt seitdem fest, dass Krankenkassen über Anträge ihrer Versicherten innerhalb von drei Wochen und bei Einschaltung des MDK innerhalb von insgesamt fünf Wochen entscheiden müssen.

Sollte die Krankenkasse diese Fristen ohne Angabe von schriftlichen Gründen gegenüber dem Versicherten nicht einhalten, tritt die sogenannte Genehmigungsfiktion ein. Die Leistung gilt als genehmigt wie beantragt. Damit setzt sich der Gesetzgeber an die Stelle der Krankenkasse, die nicht fristgerecht entschieden hat, und spricht auf diese Weise fiktiv eine Genehmigung als automatische Folge aus.

Bei Hilfsmittelversorgungen ist aufgrund der Rechtsprechung des BSG zu unterscheiden: Handelt es sich um Hilfsmittel, die der Krankenbehandlung (z. B. Dekubitussysteme, Beatmungsgeräte) dienen, gilt die Frist des § 13 Abs. 3a SGB V und damit drei bzw. fünf Wochen bei Einschaltung des MDK ab Antragseingang (in der Regel der Kostenvoranschlag).

Nach dem Urteil des BSG vom 15. März 2018 (B 3 KR 18/17 R) gilt bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich, wie z. B. Prothesen oder Rollstühlen, nicht die Frist von drei bzw. fünf Wochen nach § 13 Abs. 3a SGB V.

Anwendung finden danach die Fristen nach dem Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, dem SGB IX. Auch hier beträgt die Entscheidungsfrist drei Wochen. Diese Frist verlängert sich, wenn ein Gutachten benötigt wird. Dies ist unverzüglich einzuholen und nach Vorlage des Gutachtens hat die Krankenkasse zwei Wochen Zeit zur Entscheidung. Hält die Krankenkasse (oder auch andere Rehabilitationsträger, für die das SGB IX gilt) die vorgenannten Fristen nicht ein und erklärt dies auch nicht schriftlich unter Angabe von Gründen gegenüber dem Versicherten, tritt die sogenannte Genehmigungsfiktion nach Ablauf von zwei Monaten ein. Die Leistung gilt als genehmigt wie beantragt.

Mit Urteilen vom 26. Mai 2020 (B 1 KR 9/18 R) und 18. Juni 2020 (B3 KR 13/19 R) hat das BSG seine bisherige patientenfreundliche Rechtsprechung aufgegeben. Danach billigt die Genehmigungsfiktion dem Patienten nur noch eine vorläufige Rechtsposition zu und zwar unter der Voraussetzung, dass er das fragliche Hilfsmittel bereits selbst nach Ablauf der Frist beschafft hat. Die vorläufige Möglichkeit der Selbstbeschaffung gilt aber nur so lange, bis die Krankenkasse eine Entscheidung über den Antrag trifft. Sobald die Krankenkasse, auch verspätet, eine Entscheidung getroffen hat, endet die Möglichkeit der Selbstbeschaffung.

Am Beispiel der Hilfsmittelversorgung bedeutet dies: Um die Genehmigungsfiktion nutzen zu können, muss sich der Patient zwischen Fristablauf und verspäteter Entscheidung der Krankenkasse ein Hilfsmittel auf eigene Rechnung selbst anschaffen. Wenn er sich das Hilfsmittel nicht selbst anschafft, hilft ihm die Genehmigungsfiktion trotz verspäteter Entscheidung der Krankenkasse nicht weiter.

Selbstbeschaffung bedeutet die Anschaffung des Hilfsmittels durch den Patienten auf eigenes wirtschaftliches Risiko. Gegebenenfalls wird erst in einem noch lang andauernden Widerspruchs- und Klageverfahren geklärt, ob die Anschaffung zu Recht erfolgte.

3.2 DIE KLÄRUNG DER ZUSTÄNDIGKEITEN

Der Versorgungsanspruch des Patienten hängt in erster Linie davon ab, welcher Kostenträger zuständig ist. Das deutsche **Sozialsystem** unterscheidet zwischen **verschiedenen Kostenträgern**. Das Gros der Versorgungsleistungen mit Hilfsmitteln in Deutschland erfolgt zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie ist für die medizinische Rehabilitation ihrer Versicherten zuständig. Für die berufliche Rehabilitation oder Lebensbereiche, die außerhalb des Leistungsbereiches der gesetzlichen Krankenversicherung liegen, sind andere Kostenträger zuständig.

Soweit es sich bei dem Patienten um einen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen handelt, findet sich in § 47 SGB IX eine Kostenträger übergreifende Definition für den Hilfsmittelanspruch. Die eigentliche Anspruchsgrundlage findet sich dann in dem jeweiligen Leistungsgesetz für den jeweiligen Kostenträger, also z. B. für die Krankenversicherung in § 33 SGB V, wobei inhaltlich die Unterschiede nicht wesentlich sind.

Die Abgrenzung der Zuständigkeiten gelingt nicht immer trennscharf. Um ein Hase-und-Igel-Spiel der Kostenträger auszuschließen, hat der Gesetzgeber am 1. Juli 2001 zumindest für die im SGB IX genannten Kostenträger, sogenannte Rehabilitationsträger mit der Vorschrift des § 14 SGB IX eine

besondere Regelung eingeführt. Zu den Rehabilitationsträgern gehören nach § 6 SGB IX unter anderem die Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Rentensicherung oder die Eingliederungshilfe. Nicht dazu gehört die Pflegeversicherung.

Nach § 14 SGB IX hat **der zuerst angegangene Kostenträger** binnen **zwei Wochen** zu entscheiden, ob er für den Leistungsantrag zuständig ist oder nicht. Sollte er zu der Auffassung gekommen, dass er nicht zuständig ist, leitet er den Antrag an den seiner Meinung nach zuständigen Kostenträger weiter. Leitet er ihn nicht binnen zwei Wochen weiter, so bleibt er zuständig. Dies gilt selbst dann, wenn sich hinterher herausstellt, dass eigentlich ein anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger zuständig ist. Leitet der Kostenträger den Antrag weiter, so ist der Kostenträger, an den weitergeleitet wurde, in jedem Falle zuständig. Eine erneute Weiterleitung gibt es in der Regel nicht. Die erste Weiterleitung ist bindend. Ist an den sachlich falschen Kostenträger weitergeleitet worden, so kann sich der fehlerhaft angegangene Kostenträger später die Kosten beim eigentlich zuständigen Kostenträger im Wege eines Erstattungsanspruchs zurückholen.

Beispiel

- Eine Krankenkasse erhält einen Antrag auf Kostenübernahme für ein Handbike. Sie hält sich nicht für zuständig und leitet den Antrag an den Träger der Eingliederungshilfe weiter.
- Der Träger der Eingliederungshilfe muss nun nicht nur nach den für ihn geltenden Vorschriften entscheiden, sondern er muss auch prüfen, ob die Kostenübernahme nicht eigentlich doch durch die Krankenkasse nach den Vorschriften des SGB V hätte erfolgen müssen. Der wesentliche Unterschied ist, dass die Leistung der Eingliederungshilfe vom Einkommen und Vermögen abhängig sind, da sie als nachrangig gelten.
- Wenn es sich um eine Krankenkassenleistung handelt, ist vom Träger der Eingliederungshilfe nach den Vorschriften des SGB V zu entscheiden. Hierfür benötigt der Träger der Eingliederungshilfe jedoch keine Kenntnis von der finanziellen Situation des Antragstellers, sondern hat ausschließlich nach den Vorschriften für die Krankenkassen, dem SGB V zu bescheiden. Den von ihm vorgelegten Betrag kann er dann bei der Krankenkasse im Rahmen eines Erstattungsanspruchs geltend machen.
- Umgekehrt gilt dies vergleichbar, wenn die Krankenkasse nicht spätestens nach Ablauf von zwei Wochen den Antrag weitergeleitet hat. Die Krankenkasse bleibt dann zuständig, selbst wenn sie meint, dass z. B. die Eingliederungshilfe zuständig wäre. Wenn die Zweiwochenfrist nicht eingehalten wurde, bleibt die Krankenkasse zuständig und muss dann nicht nur die Vorschriften des SGB V, sondern alle in Betracht kommenden anderen Rechtsgrundlagen prüfen, wie das Recht der Eingliederungshilfe.

4 Der Medizinische Dienst der Krankenkassen

Um sicherzustellen, dass die Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen ein ausreichendes, zweckmäßiges und wirtschaftliches Maß nicht überschreiten, kann in Fragen der allgemeinen medizinischen und pflegerischen Versorgung das medizinische und pflegerische Wissen des Medizinischen Dienstes (MD) zur Entscheidung hinzugezogen werden.

Stellung des MD bei der Beantragung von Hilfsmitteln

Die Versorgung mit Hilfsmitteln steht unter einem Genehmigungsvorbehalt. Die Prüfung hat mit eigenem weisungsgebunden Personal der Krankenkasse zu erfolgen, d. h. die Beauftragung Dritter, wie zum Beispiel externe Hilfsmittelberater ist nicht zulässig. Gesetzlich geregelt ist aber, dass Krankenkassen im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zur Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels den Medizinischen Dienst (MD) gemäß § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V einschalten können. Ob eine Krankenkasse tatsächlich den MD einschaltet, steht in ihrem pflichtgemäßen Ermessen.

Neuregelung § 33 Abs. 5c SGB V

Zu beachten ist, dass aufgrund des Ende Februar 2025 verabschiedeten neuen § 33 Absatz 5c SGB V von der Erforderlichkeit einer Hilfsmittelversorgung auszugehen ist, wenn eine Verordnung oder Empfehlung aus einem SPZ oder einem MZEB vorliegt, die bei Antragstellung nicht älter als drei Wochen ist. In diesen Fällen ist regelmäßig eine Einschaltung des MD nicht vorgesehen.

Einordnung der MD-Bewertungen

Der MD prüft, ob ein bestimmtes Hilfsmittel im Einzelfall zur Krankenbehandlung oder zum Behinderungsausgleich erforderlich ist. Der MD befasst sich somit mit tatsächlichen Feststellungen, also ob das beantragte Hilfsmittel erforderlich ist.

Aufgabe des MD ist es demnach nicht, rechtliche Bewertungen zu treffen. Ob ein Anspruch aus Rechtsgründen besteht oder nicht, entscheidet allein die Krankenkasse. Folglich kann auch nur die Entscheidung der Krankenkasse und nicht die Bewertung des MD mit einem Rechtsmittel wie dem Widerspruch angefochten werden.

Akteneinsicht

Da die Inhalte der Stellungnahmen und Gutachten des MD bei den Entscheidungen der Krankenkassen eine Rolle spielen, z. B. weil damit eine Ablehnung begründet wird, sollte sich mit deren Inhalten auseinandergesetzt werden.

Falls eine Stellungnahme oder ein Gutachten des MD nicht bereits übermittelt wurde, sollte dies über die Krankenkasse angefordert werden, um sich im Falle einer Ablehnung mit den Inhalten begründet auseinandersetzen zu können. Der Anspruch auf Akteneinsicht ergibt sich aus § 25 SGB X.

Was prüft der MD?

Die sozialmedizinische Bewertung durch den MD kann nach Aktenlage und/oder persönlicher Untersuchung der Versicherten erfolgen.

Ein Anspruch der Versicherten, dass die Prüfung durch den MD zwingend im Rahmen einer persönlichen Untersuchung erfolgt, besteht nicht.

Bei Stellungnahmen und Gutachten des MD nach Aktenlage sollte darauf geachtet werden, ob tatsächlich alle aktuellen Unterlagen vorlagen oder ob nicht gegebenenfalls die Bewertung nach Aktenlage sich auf ältere Unterlagen stützt, die zum Beispiel nicht mehr bei einem fortschreitenden Krankheitsbild zutreffend sind.

In der Regel sind die herangezogenen Unterlagen und Informationen aufgeführt, die der Bewertung zugrunde lagen.

Anforderung von Unterlagen

Die Krankenkassen beauftragen den MD innerhalb des Genehmigungsverfahrens, um eine leistungsrechtliche Entscheidung über das beantragte Hilfsmittel treffen zu können. Damit der MD die Prüfung der Erforderlichkeit erfüllen kann, sind Krankenkassen verpflichtet, die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen dem MD zu übermitteln.

Wenn nach Auffassung der Krankenkasse oder des MD für eine gutachterliche Stellungnahme zu der beantragten Hilfsmittelversorgung notwendig sind, sind diese direkt bei den ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern anzufordern. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den medizinischen Dienst zu übermitteln, § 276 Abs. 2 SGB V.

5 Das Antragsverfahren

Für jede Leistung der Kostenträger bedarf es eines Antrages. Am Beispiel einer Prothesenversorgung wird das Antragsverfahren im Folgenden dargestellt, vergleichbare Abläufe und Parallelen finden sich indes auch bei der Beantragung anderer Hilfsmittel.

5.1 DIE PRIMÄRVERSORGUNG

Eine Prothesenversorgung beginnt mit der Wahl des Sanitätshauses/des Orthopädietechnikers. Zunächst wird eine **Probeversorgung**, die sogenannte **Interimsversorgung** vorgenommen, die noch veränderbar ist. Der Schaft muss perfekt sitzen und das Bein (die Beine bei Doppelamputierten) verändert sich durch die Kompression des Schaftes, so dass in der Regel **Anpassungen** des Schaftes vorgenommen werden müssen. Die prothetische Erstversorgung kann sehr arbeits- und kostenintensiv werden. Bei ungenügender Stumpfvorbereitung kann die Konditionierung auf die geplante Versorgung ein langwieriger Prozess sein.

Der erste Schritt für den Antrag auf Kostenübernahme ist immer die **ärztliche Verordnung** – dabei ist es sinnvoll, in Zusammenarbeit mit dem Techniker eine möglichst detaillierte Verordnung mit der Beschreibung der gewählten Passteile und genauen Angaben zu den verwendeten Materialien ausstellen zu lassen.

Im nächsten Schritt erstellt der Techniker einen **Kostenvoranschlag** zur geplanten Versorgung, der mit der Verordnung und einer Begründung zu den ausgewählten Komponenten der Prothese in der Regel der Krankenkasse, bei beruflich verursachten Amputationen den jeweiligen Berufsgenossenschaften zugeleitet wird. Der Kostenvoranschlag stellt den Antrag des Versicherten auf Versorgung mit dem im Kostenvoranschlag genannten Hilfsmittel dar.

Wenn eine Probeversorgung durchgeführt wurde, ist eine ausführliche **Dokumentation** zur Darstellung der erzielten Ergebnisse sinnvoll. Die so gewonnenen Erkenntnisse sind nach Aktenlage schwer zu entkräften, da die Begründung auf real ermittelten Fakten basiert.

5.2 DIE BEGRÜNDUNG

Bezüglich der Begründung wird immer wieder der Wunsch nach einem Begründungsraster laut. Ein solches Raster ist allerdings nicht zielführend, denn die Prothesenversorgung ist so individuell wie der Mensch, für den sie gebaut wird. Jede Versorgung hat ihre Besonderheiten, der entscheidende Gesichtspunkt ist aber immer die Konzentration auf jeden Einzelfall, um so die individuellen Gebrauchsvorteile darzustellen.

So wie die Kostenträger gehalten sind, ihre Entscheidungen einzelfallbezogen zu treffen, so muss auch die Begründung für die Wahl bestimmter Prothesenpassteile individuell und bezogen auf die spezifischen, unterschiedlichen und speziellen Verhältnisse des jeweiligen Patienten generiert werden. Dennoch empfiehlt es sich, dass grundsätzlich in jeder Begründung – unabhängig von der spezifischen Versorgung – die Vorgaben des unmittelbaren Behinderungsausgleichs berücksichtigt werden.

Stichworte für eine gute Begründung:

- der Vergleich von verschiedenen Versorgungslösungen
- die Benennung der Gebrauchsvorteile im täglichen Leben bei der gewählten Versorgung, ggf. gegenüber anderen Versorgungsmöglichkeiten
- die Argumente für die medizinische Notwendigkeit

Teilweise sehen die Verträge zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer vor, dass das bestimmte Erhebungsbögen zur Feststellung der Versorgungssituation und zur Dokumentation bei der Beantragung verwendet werden.

Hilfsmittelversorgungen sind grundsätzlich genehmigungspflichtig. Eine Versorgung vor Genehmigung durch die Krankenkasse geht zu Lasten des Versicherten oder je nach Vereinbarung zu Lasten des Sanitätshauses. Somit kann eine Versorgung immer erst mit der Genehmigung der Krankenkasse beginnen.

5.3 MÖGLICHKEITEN DER SELBSTBESCHAFFUNG

Grundsätzlich gilt, dass die Versorgung mit einem Hilfsmittel erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse stattfinden kann. Es gibt jedoch einzelnen Situationen, in denen davon abgewichen werden kann. Ein besonderer Fall ist die Genehmigungsfiktion, auf die wir oben eingegangen sind.

Soweit die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Selbstbeschaffung eingehalten werden, wandelt sich der Sachleistungsanspruch in einen Kostenerstattungsanspruch um. Kostenerstattung bedeutet, dass sich Versicherte ein

beantragtes Hilfsmittel auf eigene Rechnung selbst beschaffen, um dann den Rechnungsbetrag bei Ihrer Krankenkasse weiter geltend zu machen.

Eine Selbstbeschaffung vor Genehmigung ist immer dann zulässig, wenn es sich entweder um eine unaufschiebbare Leistung handelt oder die Ablehnung zu Unrecht erfolgte. Geregelt ist dies in § 13 Abs. 3 SGB V. Dort heißt es: „Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“

Leistung wurde zu Unrecht abgelehnt

In dieser Konstellation geht es um die Fälle, in den bereits eine Ablehnung vorliegt. Gegen die Ablehnung muss auch ein Widerspruch eingelegt worden sein, damit diese nicht bestandskräftig wird.

Die Hilfsmittelversorgung kann dann zeitlich nach der Ablehnung in Auftrag gegeben werden, damit versorgt werden kann.

Ob die Ablehnung zu Unrecht erfolgte, klärt sich im Widerspruchsverfahren. Sollte es zu einer Zurückweisung des Widerspruchs kommen, muss diese Frage in einem Klageverfahren beim Sozialgericht geklärt werden.

Unaufschiebbare Leistung

Unaufschiebbar ist eine Leistung immer dann, wenn sie nicht rechtzeitig von der Krankenkasse erbracht werden kann. D. h. eine Versorgung mit dem Hilfsmittel gilt als unaufschiebbar, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Ausführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubs mehr besteht, um die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten.

Es muss aber zumindest der Antrag/Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse eingereicht worden sein. Es empfiehlt sich, auf die Dringlichkeit der Versorgung deutlich hinzuweisen. Erfahrungsgemäß liegen die Voraussetzungen für eine unaufschiebbare Leistung bei der Versorgung mit Prothesen so gut wie nicht vor.

5.4 ZWEIT- ODER MEHRFACHVERSORGUNGEN

Bei der Frage, ob eine Zweit- oder Mehrfachversorgung beantragt werden kann, sind verschiedene Konstellationen zu unterscheiden.

Eine dauerhafte Zweitversorgung für den Fall eines zeitlich begrenzten Ausfalls, z. B. wegen Reparatur der (vorhandenen) Primärversorgung kommt allenfalls in Ausnahmefällen in Betracht. Während der Reparaturzeiten muss zwar die Mobilität sichergestellt sein, dies bedeutet aber nicht zwingend, dass für einen nur vorläufigen und damit zeitlich begrenzten Zeitraum dauerhaft eine gleichwertige Zweitversorgung zur Verfügung steht. Hier werden für einen begrenzten Zeitraum Abstriche in der Versorgung zugemutet.

Eine Zweitversorgung ist aber gesetzlich nicht ausgeschlossen. Gemäß § 6 Abs. 8 Hilfsmittelrichtlinie kommt eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln in Betracht, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch die Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich oder zur Ermöglichung der Teilhabe erforderlich ist. Diese Aufzählung ist nach der Rechtsprechung des BSG nicht abschließend.

Ein **typisches Beispiel für eine Zweitversorgung** ist die Versorgung mit einer **Badeprothese** neben der Alltagsprothese. Dabei ist umstritten, über welche Funktionen und Ausstattungsmerkmale eine Badeprothese verfügen muss. Abgesehen davon, dass es hierbei auch wesentlich auf den Einzelfall ankommt, werden bisher in der Rechtsprechung der Sozialgerichte zwei gegenläufige Positionen vertreten.

Einerseits wird davon ausgegangen, dass auch bei einer Badeprothese Anspruch auf Versorgung mit einer Prothese bestehen kann, die der Alltagsprothese entspricht. Hierbei muss konkret dargestellt werden, dass eine solche Badeprothese regelmäßig und zu welchen Zwecken genutzt wird, um die Erforderlichkeit darzustellen.

Andererseits wird die Auffassung vertreten, dass eine Badeprothese nur für kurze Zeiten genutzt wird, sodass die Versorgung mit einer Badeprothese, die dem Standard der Alltagsprothese entspricht, nicht in Betracht käme.

Im Ergebnis kommt es entscheidend darauf an, wie im konkreten Einzelfall das Nutzungsverhalten des Anwenders ausgestaltet ist.

Eine Sportprothese ist nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen umfasst. Sportliche Betätigung gehört zum Bereich der Eigenverantwortung und ist damit nicht Aufgabe der Krankenkasse.

Soweit eine speziell ausgestattete zusätzliche Prothese aufgrund von besonderen Anforderungen am Arbeitsplatz benötigt wird, kommen als Kostenträger die Agentur für Arbeit oder die Rentenversicherungsträger in Betracht.

6 Das Widerspruchsverfahren

Wenn die Entscheidung nicht im Sinne des Antragstellers ausgefallen ist, kann **innerhalb eines Monats** ab Eingang des Bescheides **Widerspruch** eingelegt werden. Geht der Bescheid also am 12. eines Monats ein, muss der Widerspruch am 12. des Folgemonats beim Kostenträger eingehen. Der Widerspruch muss schriftlich, zur Niederschrift oder in elektronischer Form nach § 36a Abs. 2 SGB I erfolgen.

Um das Schriftformerfordernis zu wahren, reicht eine einfache E-Mail im Gegensatz zu einem Fax nicht aus.

Zur Niederschrift bedeutet, dass man persönlich bei der Krankenkasse vorspricht und dort den Widerspruch zu Protokoll gibt.

Damit die **elektronische Form**, wie zum Beispiel per E-Mail, ausreichend ist, bedarf es zwingend einer qualifizierten elektronischen Signatur.

Daneben können die Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger anbieten, dass Widersprüche über ein von Ihnen vorgegebenes elektronisches Formular wirksam eingelegt werden können.

Bei der **Begründung** des Widerspruchs ist darauf zu achten, die Argumente der Ablehnung zu widerlegen. Es sollten bezogen auf die Ablehnungsgründe neue oder nicht ausreichend beachtete Gesichtspunkte eingebracht werden, die die Meinung des Widerspruchsausschusses zu ändern in der Lage sein könnten. Standardwidersprüche helfen dagegen nicht wirklich weiter.

Sollte sich die ablehnende Entscheidung auf ein Gutachten des medizinischen Dienst stützen, sollte dies vor der Begründung angefordert werden, um sich mit dessen Inhalten auseinandersetzen zu können.

Neben der Prüfung der vorgetragenen Begründung für die Ablehnung sind einige Punkte zusätzlich zu beachten:

- Entscheidungen nach Aktenlage sind zulässig.
- Selbst wenn in der ablehnenden Entscheidung bestimmte gesetzliche Vorgaben, wie zum Beispiel eine ausreichende Begründung für die Ablehnung fehlen, führt dies weder zur Aufhebung der ablehnenden Entscheidung noch zur Bewilligung des beantragten Hilfsmittels.
- Eine inhaltlich gute Begründung im Widerspruch ist sinnvoll. Legen Sie im Einzelnen dar, welche konkreten Gebrauchsvorteile Sie mit der

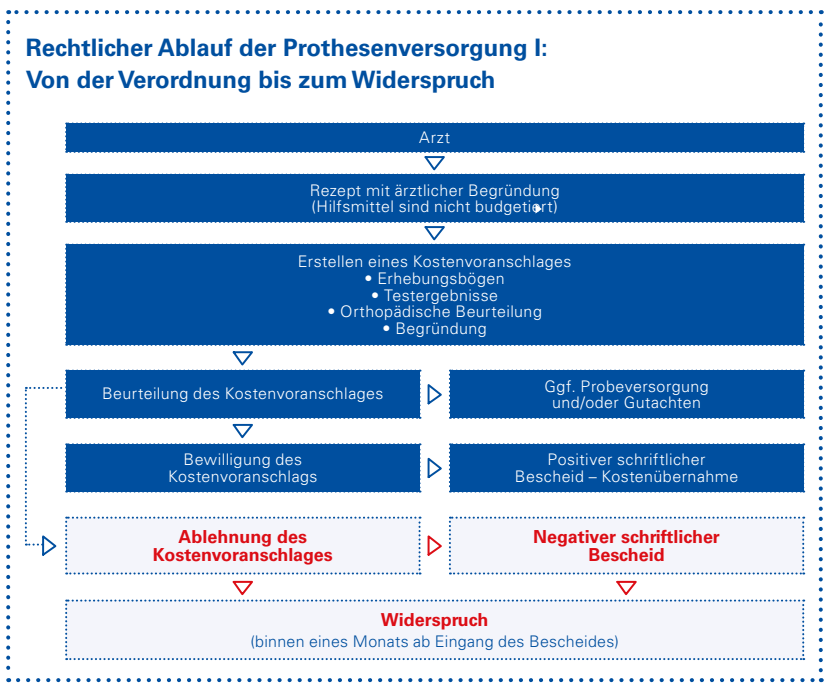
beantragten Prothesenversorgung im täglichen Leben haben und sich somit wesentlich von der von der Krankenkasse als ausreichend angesehene Versorgung unterscheidet.

- Sie können im gesamten Widerspruchsverfahren neue Tatsachen vorbringen, z. B. neue ärztliche oder andere Unterlagen vorlegen.
- In eiligen Fällen, weil der Ablauf der Frist droht oder noch Unterlagen für die Begründung zusammengestellt werden müssen, kann der Widerspruch zunächst ohne Begründung fristwährend eingelegt werden. Die Begründung sollte im eigenen Interesse baldmöglichst nachgeholt werden.

Jede Verzögerung verlängert die Zeit bis zur Entscheidung.

Die Widerspruchsausschüsse tagen oft nur einmal monatlich, daher vergeht oftmals viel Zeit bis zu einem Ergebnis. Sachstandsanfragen können eine schnellere Bearbeitung nach sich ziehen.

Für die **Entscheidung der Behörde/des Kostenträgers über den Widerspruch** sieht das Gesetz in § 88 SGG eine **Frist von drei Monaten** vor. Nach Ablauf dieser Frist kann **Untätigkeitsklage** beim örtlich zuständigen Sozialgericht erhoben werden. Nach einem ablehnenden Widerspruchsbescheid kann eine Klage eingeleitet werden.



7 Der Klageweg der Sozialgerichtsbarkeit

7.1 DAS ERSTINSTANZLICHE KLAGEVERFAHREN

Wird dem ablehnenden Bescheid aufgrund des Widerspruchs nicht abgeholfen, sondern mit dem Widerspruchsbescheid der ablehnende Bescheid bestätigt, dann ist der Weg zum **Sozialgericht** eröffnet. Der Widerspruchsbescheid ist in der Regel daran zu erkennen, dass er an seinem Ende eine Rechtsbehelfsbelehrung enthält, die auf die Möglichkeit der Klage beim Sozialgericht hinweist.

Wie beim Widerspruch ist die **Klage** innerhalb der **Frist von einem Monat** nach dem Eingang des Widerspruchsbescheides bei Gericht einzulegen. Die Verfahren der Sozialgerichtsbarkeit sind für die Kläger kostenfrei, auch vom Gericht veranlasste Gutachten sind nicht von den Klägern zu bezahlen. Zudem gilt der **Amtsermittlungsgrundsatz**, d. h. die Kammer muss den Sachverhalt aufklären. Es besteht auch kein Anwaltszwang, jeder Geschäftsfähige kann sich selbst vertreten.

Die Klageschrift muss die Bezeichnung der Parteien enthalten, also wer gegen wen klagt, und die Bezeichnung des zuständigen Gerichts unter Beachtung der sachlichen und örtlichen Zuständigkeit. Die sachliche Zuständigkeit liegt bei Streitigkeiten gegen die Kostenträger bei den Sozialgerichten, die örtliche Zuständigkeit liegt in der Regel bei dem Sozialgericht, in dessen Bezirk der Kläger seinen Sitz oder Wohnsitz hat.

Außerdem sind Angaben über den Gegenstand der Klage und den Grund des Anspruches zu machen und ein bestimmter Antrag zu stellen.

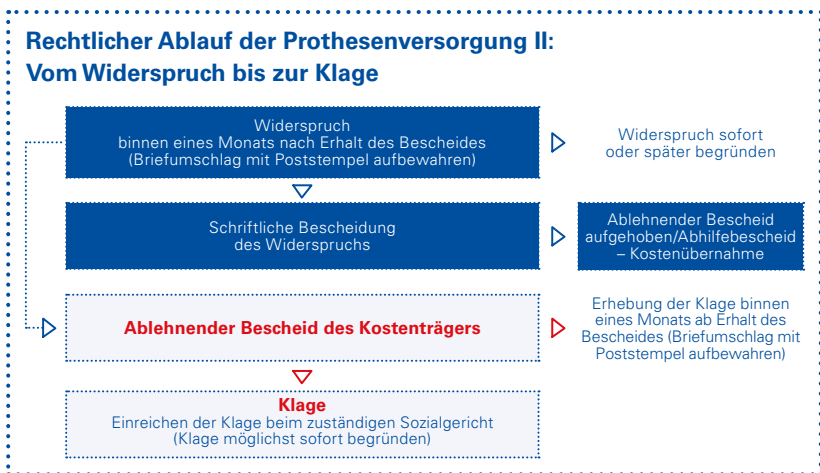
Die Klageart wird nach dem Ziel der Klage beurteilt. Zur Durchsetzung eines abgelehnten Hilfsmittelsanspruches ist die **Leistungsklage** die korrekte Klageart, zur Anfechtung eines Bescheides die **Anfechtungsklage**. Zur Feststellung beispielsweise des Vorliegens einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs.3a SGB V ist eine **Feststellungsklage** zu erheben, die allerdings ausgeschlossen ist, wenn das Klagebegehren durch Anfechtungs- oder Leistungsklage verfolgt werden kann.

Die Sozialgerichte erhalten von den Krankenkassen die komplette Verwaltungsakte, sodass das bisherige Verwaltungsverfahren bei den Sozialgerichten bekannt ist. Es sollten trotzdem alle Schreiben aus dem bisherigen Verfahren verwahrt werden und auf diese auch im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens Bezug genommen werden. Jedoch müssen diese nicht

unbedingt alle dem Gericht zur Verfügung gestellt werden, da dem Gericht diese in der Regel aufgrund der Verwaltungsakte bekannt sind.

In der Regel wird in einer mündlichen Verhandlung entschieden. Teilweise finden auch Erörterungstermine statt, um offene Fragen zu klären oder eine Lösung ohne Urteil zu finden. kann. In bestimmten Fällen kann auf die mündliche Verhandlung verzichtet werden und eine Entscheidung im schriftlichen Verfahren erfolgen.

Tragen Sie alles vor und legen Sie alle Unterlagen vor, die Ihren Anspruch unterstützen und begründen. Das Sozialgericht kennt nicht Ihre persönliche Situation.



7.2 DER EINSTWEILIGE RECHTSSCHUTZ

In besonders dringenden Fällen kann durch einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ein Anspruch bereits vor einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren vorläufig gesichert werden.

Das sogenannte **Eilverfahren** ist nur dann statthaft, wenn eine etwaige Rechtsverletzung wegen der Dauer des Hauptsacheverfahrens fortgesetzt zu werden droht und das übliche Verfahren für einen wirksamen Rechtsschutz nicht ausreichend ist.

Der einstweilige Rechtsschutz darf keine vollendeten Tatsachen schaffen und trifft keine endgültige Entscheidung, weil die Vorwegnahme der Hauptsache grundsätzlich verboten ist.

Merkmale des vorläufigen Rechtsschutzes:

- Der vorläufige Rechtsschutz reduziert den Prüfungsmaßstab auf die sogenannte summarische Prüfung.
- Das Gericht kann ohne mündliche Verhandlung oder sonstige Anhörung auch des Gegners entscheiden und Fristen abkürzen.
- Die Entscheidung basiert auf den nachvollziehbar vorgetragenen und glaubhaft gemachten Tatsachen und der besonderen Eilbedürftigkeit.
- Die beantragte Entscheidung darf grundsätzlich nur „einstweilig“ sein, es ist daher nur in Ausnahmefällen möglich, im Wege der Einstweiligen Verfügung bereits die Erfüllung eines Anspruchs zu erreichen.

An die Darlegung der besonderen Eilbedürftigkeit werden hohe Anforderungen gestellt!

7.3 DAS BERUFUNGSVERFAHREN

Wenn das Urteil der unterlegenen Partei nicht gerechtfertigt erscheint, besteht die Möglichkeit der **Berufung zur zweiten Instanz**, den **Landessozialgerichten**.

Auch die Berufung ist wieder an Fristen gebunden, die wie auch im Vorverfahren und der ersten Instanz unbedingt beachtet werden sollten. Innerhalb eines Monats nach der Zustellung des in vollständiger Form abgefassten Urteils, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Monaten nach der Verkündung muss die Berufungsschrift beim zuständigen Landessozialgericht eingegangen sein.

Zwar besteht auch hier der Amtsermittlungsgrundsatz, aber wie in der ersten Instanz werden nicht gestellte Fragen nicht beantwortet und der Berufungskläger muss **schlüssig begründen**, warum das erstinstanzliche Urteil nach seiner Meinung nicht gesetzeskonform ist.

7.4 DAS BUNDESSOZIALGERICHT

Die letzte und **höchste Instanz** der deutschen Sozialgerichtsbarkeit ist das **Bundessozialgericht (BSG)** in Kassel.

Das BSG hat die Aufgabe,

- die einheitliche Anwendung des Sozialrechts in Deutschland zu sichern,
- die Rechtsprechung der unteren Instanzen (Sozialgerichte und Landessozialgerichte) zu überprüfen,
- und durch seine Entscheidungen das Sozialrecht fortzuentwickeln.

Es prüft dabei nicht die Tatsachen des Einzelfalls, sondern die richtige Anwendung des Rechts (Revisionsebene). Neue Tatsachen, die sich während des Revisionsverfahrens ergeben, werden in der Regel vom BSG nicht berücksichtigt. Das heißt, dass alle wesentlichen tatsächlichen Grundlagen bis spätestens zur Entscheidung des LSG vorgetragen werden müssen.

Nicht jede Entscheidung eines LSG kann mit der Revision beim BSG angefochten werden. Vielmehr muss die Revision vom LSG zugelassen werden. Eine Revision ist vom LSG zuzulassen, wenn eine Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat, das Urteil des LSG von einer Entscheidung des BSG oder des Bundesverfassungsgericht abweicht oder ein Verfahrensmangel geltend gemacht werden kann, auf dem die angefochtene Entscheidung beruht.

Sollte die Revision vom LSG nicht zugelassen werden, kommt unter Beachtung hoher formeller Anforderungen eine Nichtzulassungsbeschwerde in Betracht.

Anders als beim Sozialgericht oder beim Landessozialgericht besteht beim Bundessozialgericht **Anwaltszwang**.

7.5 DIE KOSTEN DER VERFAHREN

Das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist in allen Instanzen und damit auch beim Bundessozialgericht für den Bürger, der als Versicherter, sonstiger Leistungsempfänger oder als Behinderter klagt (beziehungsweise verklagt wird) gerichtskostenfrei.

Gerichtsgebühren nach Streitwert, wie auch in anderen Gerichtszweigen üblich, gelten schließlich in Verfahren, an denen kein Versicherter oder Bürger beteiligt ist (zum Beispiel Rechtsstreitigkeiten zwischen Leistungserbringer und Krankenkassen).

Außergerichtliche Kosten hingegen, wie sie insbesondere durch die Bestellung eines Prozessbevollmächtigten entstehen, hat der Beteiligte in der Regel selbst zu tragen, wenn er im Rechtsstreit unterliegt; die außergerichtlichen Kosten des obsiegenden Beteiligten werden im Urteil regelmäßig dem Unterlegenen auferlegt. Anders jedoch bei Behörden: Deren Aufwendungen sind nie zu erstatten.

Einkommensschwache Beteiligte können unter bestimmten Voraussetzungen auf Antrag **Prozesskostenhilfe** erhalten. Die Kosten des Prozessbevollmächtigten werden dann je nach Einkommenslage entweder ganz von der Staatskasse getragen oder dem Betroffenen wird Ratenzahlung zugewilligt.

8 Gewährleistung, Garantie, Nutzungsdauer, Mindestgebrauchszeiten

Hierbei handelt es sich um Rechtsbegriffe, die nicht dem Sozialrecht und insbesondere nicht dem SGB V entstammen. Der sozialrechtliche Anspruch der Versicherten auf Wartung und Reparatur ihrer Hilfsmittel besteht gegenüber ihrer Krankenkasse. Die in der Überschrift genannten Begriffe entstammen anderen rechtlichen Grundlagen, können sich aber zum Teil auf die Hilfsmittelversorgungen auswirken.

Da einzelne der Begriffe, z. T. in den Verträgen mit den Krankenkassen, verwandt werden, sollen diese im einzelnen nachstehend beschrieben werden, da die Verwendung nicht immer eindeutig ist. Zu beachten ist aber, dass die sozialrechtlichen Vorschriften vorrangig bei Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gelten.

Bei der **Gewährleistung** geht es um die Haftung für Mängel. Die Gewährleistung oder Mängelhaftung z. B. beim Kauf, bei der der Verkäufer dafür einzustehen hat, dass die verkaufte Sache frei von Sach- und Rechtsmängeln ist, beträgt gegenüber Verbrauchern in der Regel zwei Jahre nach Kauf und ist in den §§ 437 ff. BGB geregelt.

Die Mängelhaftung im Bereich der Prothesenversorgung richtet sich nach dem **Werkvertragsrecht** in den §§ 633 ff. BGB. In Betracht kommen hier die Nacherfüllung, die Selbstvornahme nach erfolgloser Fristsetzung mit Ersatz der Aufwendungen und gegebenenfalls Schadensersatz.

Von der Gewährleistung zu unterscheiden ist der im alltäglichen Sprachgebrauch oft fälschlicherweise genutzte Begriff der **Garantie**. Eine Garantie ist eine freiwillige Zusicherung des Garanten, dass die Sache eine bestimmte Beschaffenheit aufweist. Dabei handelt es sich um ein zusätzliches, freiwillig angebotenes vertragliches Versprechen.

Ansprüche aus der gesetzlichen Gewährleistung und Ansprüche aus einer Garantie sind juristisch unterschiedliche Rechte mit unterschiedlichen rechtlichen Verpflichtungen und Folgen.

Die **Garantie** beinhaltet eine **freiwillige Selbstverpflichtung des Händlers oder Herstellers**, die über die gesetzliche Gewährleistung hinausgeht. Es gibt dabei die unterschiedlichsten Formen von Garantien:

- „Preisgarantie“
(Rücknahme oder Preisangleichung, wenn die Konkurrenz billiger ist)
- „Zufriedenheitsgarantie“
(befristetes Rückgaberecht bei Unzufriedenheit mit dem Produkt)
- „3 Jahre Garantie für ...“
(Garantieumfang wird meist konkret genannt)
- „Reparaturgarantie“
- „Haltbarkeitsgarantie“
- „Vor-Ort-Garantie“
(Verkäufer oder Hersteller repariert vor Ort beim Käufer)
- „Bring-In-Garantie“
(Käufer muss Ware zur Reparatur zum Verkäufer bringen)

Wichtig ist, dass Garantieansprüche unabhängig von gesetzlichen Mängelansprüchen bestehen. Oftmals werden Garantien deswegen auf bestimmte Teilbereiche beschränkt, da der Verbraucher durch seine Mängelrechte ausreichend geschützt ist. Wenn also der Garantiefall im Garantiezeitraum auftritt, wird die Garantie ausgelöst, ohne dass der Käufer dies nochmals gesondert nachweisen muss.

Um zu vermeiden, dass sich der Garantiegeber im Garantiefall von seiner Ersatzpflicht befreit, wurde in § 444 BGB festgelegt, dass ein Haftungsausschluss bei Erklärung einer Garantie nicht wirksam ist.

Weitere, in diesem Zusammenhang verwendete Begriffe sind die Lebensdauer und Nutzungsdauer der Produkte. Es handelt sich hierbei um Begriffe, die dem Medizinprodukterecht entstammen und somit weder der Gewährleistung noch der Garantie vergleichbar sind. Vereinfacht beschreibt

- die **Lebensdauer** den Zeitraum, in dem ein Medizinprodukt – unter normalen Betriebsbedingungen und bei ordnungsgemäßer Wartung – funktionsfähig und sicher bleibt, wie es vom Hersteller vorgesehen ist und
- die **Nutzungsdauer** den Zeitraum, in dem das Medizinprodukt tatsächlich in Gebrauch ist – also von der Inbetriebnahme bis zur endgültigen Außerbetriebnahme.

Die vorgenannten Zeiträume gehen davon aus, dass ein Produkt entsprechend seinem bestimmungsgemäßen Gebrauch eingesetzt wird und die vom Hersteller vorgegebenen Wartungen und gegebenenfalls sicherheitstechnische Kontrollen eingehalten werden.

D. h. bei nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch, besonderer Belastungen oder anderen Umständen kann sich die tatsächliche Lebensdauer oder Nutzungsdauer auch verringern. Unmittelbare Ansprüche der Versicherten gegenüber dem Hersteller ergeben sich hieraus nicht.

Der bestimmungsgemäße Gebrauch, Wartungen und andere vom Hersteller vorgegebenen einzuhaltenden Anforderungen während des Gebrauchs einer Prothese sind typischerweise der Gebrauchsanweisung zu entnehmen. Diese ist den Produkten beigelegt.

In den **Rahmenverträgen** zwischen Sanitätshäusern und Krankenkassen (vgl. §§ 126, 127 SGB V), finden sich einzelne Regelungen zur Sicherstellung des Hilfsmittelanspruchs, die von den Leistungserbringern zu beachten sind. Dies können **Mindestgebrauchszeiten** sein, während derer das Hilfsmittel einwandfrei funktionieren muss. Sollten Nachbesserungen erforderlich sein, während der Mindestgebrauchzeit durch die vereinbarte Vergütung abgegolten. Typische Beispiele sind die Abrechnung für eine Interimsversorgung, die für sechs Monate gebrauchsfähig sein muss, oder die sechsmonatige Passformgarantie auf Schäfte. Wird die Versorgung innerhalb des vereinbarten Zeitraums defekt, muss das Sanitätshaus auf eigene Kosten nachbessern oder ggf. sogar neu bauen. Der Patient ist hiervon nicht betroffen, da diese Regelungen lediglich das **Rechtsverhältnis** zwischen Leistungserbringer und Kostenträger berühren und somit nicht den Anspruch des Patienten einschränken können.

9 Die Produkthaftung

Bei der Mängelhaftung oder anderen Ansprüchen aufgrund einer Vereinbarung richtet man seine Ansprüche direkt an seinen Händler.

Dagegen bestehen im Rahmen der Produkthaftung Ansprüche direkt gegen den Hersteller. Die Produkthaftung nach dem **Produkthaftungsgesetz (ProdHaftG)** bedeutet, dass Hersteller für Schäden haften, die durch fehlerhafte Produkte verursacht werden und zwar unabhängig von einem Verschulden des Herstellers.

Das Gesetz soll also Verbraucher vor unsicheren Produkten schützen und sorgt dafür, dass Hersteller für Risiken haften, die durch das Inverkehrbringen von fehlerhaften Produkten auftreten.

Damit begründet das Produkthaftungsgesetz eine sogenannte Gefährdungshaftung, sodass ein Hersteller haften kann, wenn sein fehlerhaftes Produkt zu einem Gesundheitsschaden (Tod, Körperverletzung) oder einem Sachschaden beim Nutzer führen.

Ein Produkt gilt als fehlerhaft, wenn es nicht die Sicherheit bietet, die man unter Berücksichtigung aller Umstände erwarten darf, wie

- Konstruktionsfehler – fehlende technische Auslegung
- Fabrikationsfehler – fehlende Herstellung
- Instruktionsfehler – unzureichende Gebrauchsanleitung oder fehlende Warnhinweise.

Im Zusammenhang mit der Produkthaftung spielt auch die vom Hersteller vorgegebene Lebensdauer und/oder Nutzungsdauer eine Rolle. Typischerweise kann der Verbraucher nach Ablauf nicht mehr auf die Fehlerfreiheit des Produktes vertrauen.

Sobald ein Produkt in den Verkehr gebracht wurde, hat der Hersteller eine **Pflicht zur Produktbeobachtung**. Es geht um einen systematischen Prozess, um auf Basis von Informationen über seine in den Verkehr gebrachten Medizinprodukten gegebenenfalls notwendige Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen einzuleiten, um bei entsprechendem Handlungsbedarf je nach aufgetretenem Fehler zu reagieren. Der Handlungsbedarf geht von der nachträglichen Aufklärung bzw. Warnungen bis hin zum Rückruf.

Um eine Haftung auszuschließen, sollten daher folgende Punkte von den Herstellern beachtet werden:

Der Gebrauch des Produkts – womit muss der Hersteller billigerweise rechnen?

Der Hersteller darf nicht davon ausgehen, dass das Produkt von jedem Käufer ordnungsgemäß gebraucht wird, sondern er muss auch den vorhersehbaren Fehlgebrauch in seine Überlegungen einbeziehen, damit Haftungsansprüche gar nicht erst entstehen. Davon zu unterscheiden ist der unvorhersehbare unvernünftige und missbräuchliche Gebrauch von Produkten, für diesen haftet der Hersteller grundsätzlich nicht, da hierbei kein Produktfehler vorliegt.

Der Zeitpunkt des Inverkehrbringens

Für die Produktsicherheit ist immer der Zeitpunkt des Inverkehrbringens und nicht der Moment des Schadenseintritts entscheidend. Der Hersteller muss daher nur die Erwartungen der Allgemeinheit zum Zeitpunkt des Inverkehrbringens und nicht etwa spätere Erwartungsänderungen berücksichtigen.

Der Hersteller hat aber auch die Produktbeobachtungspflicht. Stellt sich daher nach dem Inverkehrbringen heraus, dass ein Produkt fehlerhaft ist, so hat der Hersteller die Pflicht zur Anpassung der Sicherheitsstandards in der laufenden Produktion sowie zur Aufklärung bezüglich der verkauften Produkte, je nach Fall auch bis hin zum Rückruf.

Pasteile, deren Nutzungsdauer überschritten ist, können durch Funktionsausfälle Schäden verursachen, für die der Hersteller keine Haftung mehr übernehmen kann, insbesondere im Bereich der Funktionssicherheit. Denn nach Ablauf der maximalen Nutzungsdauer sind sowohl die Produkthaftung als auch die kaufrechtliche Gewährleistung erloschen.

Das Mitverschulden des Geschädigten

Kann der Hersteller ein vorsätzliches bzw. fahrlässiges Mitverschulden eines Geschädigten beweisen, so stellt dies einen Entlastungstatbestand dar. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn der Geschädigte seine Sorgfaltspflicht verletzt hat, indem er deutliche Warnhinweise des Herstellers ignoriert hat.

10 Häufig gestellte Fragen

Ab wann bekommt ein Prothesenträger einen neuen Schaft, ein neues Kniegelenk oder einen neuen Fuß? Wie häufig hat man Anspruch auf eine neue Versorgung?

Ein Prothesenträger hat Anspruch auf einen neuen Schaft, ein neues Kniegelenk oder einen neuen Fuß, wenn es erforderlich ist –

- wenn der Schaft wegen Stumpfveränderungen nicht mehr passt,
- wenn Kniegelenk und/oder Fuß defekt sind oder
- aufgrund der gestiegenen Mobilität oder Gewichtsveränderung nicht mehr geeignet sind
- oder ein alternatives Produkt eine erhebliche Verbesserung/Erleichterung für die Mobilität des Trägers bedeuten würde.

Grundsätzlich hat ein Prothesenträger Anspruch auf eine Versorgung nach dem neuesten Stand der Technik – bei Weiterentwicklungen, deren Nutzen für den Prothesenträger messbar ist, kann spätestens nach vier Jahren ein neuer Antrag gestellt werden. Es wird nicht jede Neuerung bewilligt werden, aber mit einer guten Begründung kann ein Antrag gestellt werden.

Eine festgelegte zeitliche Grenze für eine neue Versorgung gibt es also nicht.

Wie lange muss ich meine Interimsprothese tragen?

Die Interimsprothesephase dient der Feststellung, welche endgültige Prothesenversorgung erforderlich ist. Konkrete Inhalte sind typischerweise in den Verträgen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen geregelt. Die Interimsversorgung ermöglicht die regelmäßige Nachpassung des Prothesenschafts an das sich verändernde Stumpfvolumen und muss i. d. R. für sechs Monate gebrauchsfähig sein. Sinnvoll ist es, dem Rat des Orthopädietechnikermeisters zu folgen – er kann beurteilen, wann es an der Zeit für die Definitiv-Versorgung ist. Je nach Ausmaß der Stumpfschwankungen wird die Interimsprothese kürzer oder länger getragen, um die Möglichkeit der Anpassung zu gewährleisten.

Muss ich mich einer Mobilitätsklasse zuordnen lassen?

Die Mobilitätsklasse oder der Mobilitätsgrad dienen der Beschreibung der vorhandenen Fähigkeiten zur Nutzung einer Prothese. Hierbei handelt es sich um eine Momentaufnahme und kann sich mit Training und Nutzung der Prothese ändern, sodass gegebenenfalls eine neue Versorgung in Betracht kommt. Daher empfiehlt sich, auf Verbesserungen der Gehfähigkeit auf jeden Fall darauf hinweisen.

Was ist der Unterschied zwischen Mobilitätsklasse und Pflegegrad?

Beides ist nicht miteinander vergleichbar. Der Pflegegrad spielt bei den Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung eine Rolle. Der konkrete Pflegegrad richtet sich nach sechs unterschiedlichen Bereichen, zu dem unter anderem auch die Mobilität gehört. Aber der Anspruch auf einer Prothese oder anderes Hilfsmittel ist nicht Voraussetzung, dass ein Pflegegrad festgestellt wurde. Es ist möglich, Hilfe bei der Grundpflege zu benötigen, aber in einer hohen Mobilitätsklasse eingruppiert zu sein (z. B. im Fall einer Doppelamputation wird Hilfe zum Anziehen der Prothesen benötigt, aber die Mobilität kann gut sein).

Umgekehrt führt die Versorgung mit einer Prothese nicht automatisch dazu, dass sich zwingend der Pflegegrad ändert, weil sich die Mobilität verbessert.

Was bedeutet, dass man ein Produkt nutzen können muss, um es zu bekommen?

Es macht keinen Sinn, z. B. ein elektronisches Kniegelenk zu beantragen, wenn der Träger sich vornehmlich im Rollstuhl fortbewegt. Die Gebrauchsvorteile, die ein Produkt bietet, müssen für den Träger im Alltagsleben abrufbar sein, sonst wäre eine Versorgung sinnlos und verschwendet.

Wie kann man nachweisen, dass man ein Produkt und seine Eigenschaften nutzt? Gibt es dafür eine einschlägige Richtlinie?

Eine Richtlinie gibt es nicht, der beste Nachweis ist der Augenschein. Per Video oder persönlich kann sich der Medizinische Dienst (MD) oder der Kostenträger ansehen, wie der Träger das Produkt nutzt. Zudem gibt es für viele Produkte Tests oder Analysen, die einen solchen Nachweis erbringen.

Schließt ein hohes Alter eine aktive, ggf. teure High-Tech-Prothese aus?

Nein, das Alter darf keine Rolle spielen – wenn der ältere Mensch körperlich in der Lage ist, die Vorteile einer High-Tech-Prothese zu nutzen, hat er einen Anspruch darauf.

Einige High-Tech-Prothesen wurden übrigens speziell für ältere Menschen entwickelt, um die Sturzgefahr zu minimieren.

Meine Kasse verweigert aufgrund meiner Doppelamputation (Knieexartikulation) eine computergesteuerte Prothesenversorgung. Aus wirtschaftlichen Gründen sei eine mechanische ausreichend, und da ich doppelamputiert bin, könne ich laut Ablehnungsschreiben die Gebrauchsvorteile sowieso nicht nutzen. Was kann ich tun? Ist das rechtens?

Nein, es ist nicht rechtens – Widerspruch einlegen und bis zum Ende durchziehen. Entscheidend ist immer die Frage, ob Gebrauchsvorteile tatsächlich

bestehen. Wenn wesentliche Gebrauchsvorteile gegenüber einer mechanischen Prothese bestehen, kommt es nicht darauf an, dass die mechanische Prothese günstiger ist.

Meine Kasse verweigert mir eine elektronische Beinprothese. Ich möchte den Mehrbetrag selbst zahlen – inwiefern betrifft das den regelmäßigen Service und Reparaturen? Muss ich das selbst finanzieren oder zahlt das meine Krankenkasse?

Wenn der Mehrbetrag selbst finanziert wird, müssen Service und Reparaturen nur soweit selbst finanziert werden, wenn es sich um den Anteil handelt, der über die notwendige Kassenleistung hinausgeht, § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V. Interessant wäre, zu erfahren, mit welcher Begründung die Kasse die elektronische Prothese verweigert. Das sollte nicht ohne weiteres akzeptiert werden. Gegebenenfalls besteht die Möglichkeit den Differenzbetrag im Wege der Kostenerstattung im Widerspruchs- und Klageverfahren gelten zu machen.

Die prothetische Versorgung wurde durch meine Private Krankenversicherung vertraglich ausgeschlossen. Ist das rechtens?

Ja, in der Privaten Krankenversicherung ist Maßstab der abgeschlossene Vertrag/Tarif; es gelten damit andere Grundsätze als in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Was bedeutet für mich als Oberschenkelamputierter bei meiner Privatversicherung der Basistarif?

Der Basistarif orientiert sich an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Laut meiner Privatversicherung werde ich demnach nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung versorgt. Bekomme ich damit eine hochwertige Prothese bzw. ein computergesteuertes Kniegelenk?

Ja, denn die Rechtsprechung zur gesetzlichen Krankenversicherung sieht eine Versorgung nach dem neuesten Stand der Technik vor, wenn dadurch wesentliche Gebrauchsvorteile erreicht werden. Aber die Bezugnahme auf die Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sollte im Vertrag stehen oder schriftlich bestätigt sein.

ÜBER EUROCOM E. V.

eurocom (European Manufacturers Federation for Compression Therapy and Orthopaedic Devices) ist die Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel. Der Verband versteht sich als Gestalter und Dialogpartner auf dem Gesundheitsmarkt und setzt sich dafür ein, das Wissen um den medizinischen Nutzen, die Wirksamkeit und die Kosteneffizienz von Kompressionstherapie und orthopädischen Hilfsmitteln zu verbreiten. Zudem entwickelt eurocom Konzepte, wie sich die Hilfsmittelversorgung aktuell und in Zukunft sicherstellen lässt. Dabei vertritt eurocom die gemeinsamen Interessen der Hersteller gegenüber anderen Akteuren in der Gesundheitspolitik, beispielsweise der Ärzteschaft, den Krankenkassen, politischen Entscheidern sowie dem Fachhandel.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben initiiert und unterstützt eurocom wissenschaftliche Studien und stößt den Wissenstransfer an. Der Verband gestaltet politische Prozesse aktiv mit, gibt einen Überblick über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und schafft Branchentransparenz durch vierteljährliche Marktanalysen.

eurocom wurde 1998 zunächst als Vereinigung der Hersteller von Kompressionstherapie gegründet. Seit 2003 vertritt eurocom auch Hersteller von Einlagen, Bandagen, Orthesen sowie Prothesen und Hilfsmittel zur modernen Brustversorgung.

Dem Verband gehören die maßgeblichen Unternehmen aus den Bereichen medizinische Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel an, die im deutschen und europäischen Markt tätig sind.

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE PROTHETIK

Blatchford Europe GmbH

Am Prime-Parc 4 | D – 65479 Raunheim
www.blatchford.de

Ortho-Reha Neuhof GmbH

Gundelfinger Straße 6 | D – 90451 Nürnberg
www.ortho-reha-neuhof.de

Össur Deutschland GmbH

Melli-Beese-Straße 11 | D – 50829 Köln
www.ossur.com

Proteor Deutschland GmbH

Walter-Kolb-Straße 9 –11 | D – 60594 Frankfurt am Main
www.proteor.de

Streifeneder ortho.production GmbH

Moosfeldstraße 10 | D – 82275 Emmering
www.streifeneder.de/op

Uniprox GmbH & Co. KG

Heinrich-Heine-Straße 4 | D – 07937 Zeulenroda-Triebes
www.uniprox.de

Wilhelm Julius Teufel GmbH

Robert-Bosch-Straße 15 | D – 73117 Wangen
www.teufel-international.de

Stand: Januar 2026

Die aktuelle Mitgliederliste von eurocom e. V. finden Sie auch im Internet unter www.eurocom-info.de.

BILDNACHWEIS

Össur Deutschland GmbH

Titelbild

IMPRESSUM

Herausgeber:

**eurocom e. V. – European Manufacturers
Federation for Compression Therapy and
Orthopaedic Devices**

Reinhardtstraße 15 | D – 10117 Berlin

☎ +49 30 – 25 76 35 06 0

✉ info@eurocom-info.de

🏠 www.eurocom-info.de

2. vollständig überarbeitete Neuauflage 2026

Hinweis:

Die Inhalte dieser Publikation sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Nutzung ist nur zum privaten Zweck zulässig. Jede Vervielfältigung, Vorführung, Sendung, Vermietung und/oder Leihe des Handbuchs oder einzelner Inhalte ist ohne Einwilligung des Rechteinhabers untersagt und zieht straf- oder zivilrechtliche Folgen nach sich. Alle Rechte bleiben vorbehalten.

Alle Texte des Informationshandbuchs sind nach bestem Wissen und Gewissen recherchiert. eurocom e. V. übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche, welche sich auf Schäden beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen.



Weitere Informationen finden
Sie auf unserer Internetseite:
www.eurocom-info.de